

엘리 리\*

‘맞춤아기’라는 말은 이제 일상적인 용어가 되었다. 그런데 ‘맞춤아기’란 무엇을 의미하는 것일까? 아담 내쉬(Adam Nash)는 세계 최초로 태어난 맞춤아기라는 꼬리표를 달고 있다. 아담이 될 수정란은 착상전 유전자 검사를 통해 유전적으로 선택되었으며, 이를 통해 누나 몰리(Molly)가 앓고 있는 심각한 그리고 때로는 치명적이기까지 한 판코니 빈혈(Fanconi's anaemia)을 유발하는 유전적 결함이 없다는 것이 미리 확인되었다(이 기술에 대해서는 뒤쪽에서 더 자세히 설명하고 있다). 2000년 8월, 판코니 빈혈 없이 태어난 아담은 누나를 위한 기증자가 되었다. 그가 제공한 혈액 덕분에 누나의 생존 가능성은 두 배로 높아졌다.

많은 논평자들에 따르면, 이 아이를 ‘맞춤’ 아이라고 부를 수 있는 이유는 이 아이가 중요한 선례를 제시했기 때문이다. 아담의 사례는 과학을 이용하여 부모가 자식의 유전자 구성을 선택할 수 있다는 가능성을 현실로

\* 엘리 리(Elle Lee)는 사우스햄프턴 대학에서 사회학과 사회정책을 가르치며, 정신건강과 생식기술 규제 분야에서의 사회 문제 및 정책 개발 사회학을 연구하고 있다. 그녀는 『논쟁』 시리즈 법 분야의 책임 편집자를 맡고 있다.

보여주었던 것이다. 그리고 논평자들은 이를 위험한 진전으로 간주했다. 부모가 아이의 다양한 유전형질을 디자인한다는, 바람직하지 않은 상황으로 이어질 수도 있기 때문이다.

2002년 2월, 인간수정 및 배아 연구관리청(Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA)이 리즈(Leeds)에 사는 한 부부에게 착상전 유전자 검사를 받아도 좋다고 허가함으로써 영국에서도 최초로 ‘맞춤아기’가 창조될 가능성이 예고되었다. 착상전 유전자 검사에 대한 HFEA의 규정은 뒤에서 더 자세히 논의하겠지만, 많은 사람들이 HFEA의 이 결정을 ‘획기적’이라고 평가했다.

샤하나 하시미(Shahana Hashmi)와 라즈 하시미(Raj Hashmi) 부부는 혈액병의 일종인 탈라세미아(thalassemia)[지중해빈혈]를 유발하는 유전자 결합이 없는 배아를 선택하기 위해 이 기술을 사용할 수 있다는 허가를 받았다. 그렇게 태어난 아기는 그의 오빠/형의 골수 이식자가 될 예정이었다. 하시미 부부에게는 이미 탈라세미아를 앓고 있는 아이가 한 명 있었는데, 부부는 그 아이의 생명을 구할 수 있는 적합한 골수 이식자를 찾을 수 없었기 때문에 착상전 유전자 검사를 신청했던 것이다. 이 허가가 내려진 직후, 비슷한 목적으로 착상전 유전자 검사를 신청하고 싶어하는 사람이 여섯 커플에 이른다는 소식이 전해졌다. 내쉬의 경우에 그랬던 것처럼, 하시미의 경우에도 착상전 유전자 검사가 야기할 수 있는 ‘윤리적 문제’와 잠재적 난점들을 논하는 글에서는 ‘맞춤아기’라는 용어가 등장했다.

이 장을 여는 첫 글에서 베로니카 잉글리쉬와 앤 솜머빌이 논하고 있듯이, ‘맞춤아기’란 착상전 유전자 검사와 같은 생식기술을 사용해서 태어난 아이를 묘사하기 위한 중립적 용어가 아니다. 오히려 이는 의도적인 경멸조의 표현으로서, 그 기술의 사용이 위험하거나 문제가 있다는, 혹은 그럴 가능성이 있다는 생각을 담고 있다. ‘맞춤아기’에 관한 거의 대부분

의 논의에는 생식기술의 사용과 그 발전에 제약을 가할 필요가 있다는 주장이 수반된다. 이런 점에서 ‘맞춤아기’라는 개념은 ‘경제짓기’에 대한 요구를 동반하고 있다. 즉, 예비부모들이 자신의 아이를 ‘디자인하는’ 관행이 생기는 것을 방지하거나 혹은 적어도 제약하기 위해서 법을 제정하고 엄격한 정책을 만들어야 한다는 것이다.

여기 실린 글들의 목적은 착상전 유전자 검사 및 관련 기술들에 관한 그러한 우려들 속에서 무엇을 취할 것인가에 대해 토론하는 것이다. 우려할 만한 이유는 충분한가? 굳이 경계를 지을 필요는 있는가? 이런 관점을 받아들이는 쪽과 이를 고려조차 하지 않는 쪽, 그 어느 쪽에나 사람들은 있다. 우리는 그들이 자신들의 글을 통해 생식기술의 사용에 찬성하거나 반대하는 입장을, 그리고 그 사용과 발전에 규제를 해야 하는지 말아야 하는지에 대해 확실하고 납득할 만한 입장을 세워주기를 바란다. 그리고 그들의 주장에 근거해서 독자들 또한 경계를 그어야 할 것인지, 한다면 어디쯤에 그어야 할 것인지를 스스로 결정할 수 있게 될 것이다. 도입의 나머지 부분에서는 뒤에 나올 글들에 대한 배경지식을 제공한다는 목표에서, 다음 장들에서 논의될 기술들의 절차(modus operandi) 및 현재 그 사용을 규제하고 있는 법률 체제를 요약하도록 하겠다.

## 기술

### 착상전 유전자 검사(PGD, Preimplantation Genetic Diagnosis)

이 기술은 이 책의 기고자 모두가 논하고 있는 것으로서, ‘맞춤아기’ 논쟁의 핵심에 놓여 있는 기술이다. 1980년대 말부터 사용되기 시작한 이 기술은 유전적 결함 여부에 따라 완전한 임신이 되기 전에 배아를 선택하

나 버릴 수 있는 가능성을 최초로 열어주었다. 이 기술에는 시험관 시술과 유전자 검사라는, 두 종류의 기술이 결합되어 있다. 시험관 시술에서는 여성의 몸 밖에서 수정이 이루어진다. 즉, 실험실에서 정자와 난자를 한 곳에 모아 배아를 만드는 것이다. 시험관 시술은 처음에는 불임을 치료할 목적으로 개발되었으며, 성관계만으로는 임신이 되지 않는 커플의 임신을 돕는 기술이었다. 그런데 착상전 유전자 검사에서는 이 기술이 다르게 사용된다. 임신을 위해 배아를 예비엄마의 자궁으로 바로 옮기는 대신에, 배아가 잘못된 유전자를 가지고 있는지를 먼저 검사하는 것이다.

착상전 유전자 검사를 사용하는 커플에게는 전형적인 시험관 시술에서 사용하는 것과 유사한 방식의 개입이 이루어진다. 여성은 난소를 자극하는 호르몬 주사를 맞는다. 그러면, 하나의 난자만 성숙해지면서 배란이 일어나게 되는 전형적인 월경과는 달리, 여러 개의 난자가 한꺼번에 성숙해지면서 각각이 인공적으로 수정 가능한 상태가 된다. 난자가 적당한 크기가 되면 시험관 시술에서 하는 것처럼 초음파의 도움을 받아 난자를 수집한다. 이와 동시에 여성의 파트너로부터는 정액을 얻는다(만일 불임의 원인이 정자의 질과 관련되어 있을 경우, 일반적인 시험관 시술에서는 이 단계에서 기증된 정자를 사용한다). 난자를 인큐베이터에 놓고 거기에 정자를 더하면 수정이 시작된다. 난자를 수집한 후 4~6시간 사이에 수정이 일어나면 수정란을 2~3일 정도 실험실에서 키운다. 이것이 끝날 무렵, 배아는 8세포기에 이르고 1/10mm 정도의 크기가 된다. 일반적인 시험관 시술에서라면 이 단계에 이르렀을 때 난자를 3개 정도까지 자궁으로 옮겨놓는다. 하지만, 착상전 유전자 검사에서는 먼저 유전자 검사를 실시해서 특정 유전자가 없는 배아만을 자궁으로 옮겨놓는다.

현재 착상전 유전자 검사는 주로 단 한 개의 유전자 변형 때문에 발생하는 몇몇 질병과 관련해서만 사용되고 있다. 이런 경우에는 배아세포 한 개

를 검사해서 질병을 유발하는 유전자 결함이 존재하는 지를 확인한다. 지금까지 조사된 이와 같은 질병들로는 낭포성섬유증, 겸형 적혈구 빈혈증, 헌팅턴 무도병, 베타 탈라세미아(베타 글로빈에 이상이 생겨 나타나는 지중해성 빈혈), 가족성 선종성 용종증(장암의 일종)이 있다. 착상전 유전자 검사는 이런 질병의 가족력을 가진 사람들이 이 병에 걸린 아이가 태어나는 것을 막기 위해 사용되어왔다. 연구를 통해 단일 유전자 질병에 관련된 특정한 유전자 결함이 꾸준히 밝혀지고 있기 때문에 이 질병 목록은 앞으로 더욱 길어져갈 것이다.

성별과 관련된 질병들, 즉, 여성에 의해 유전되는 일부 유전질환들도 검사가 가능하다. 이런 질환들에 대해서 X염색체가 두 개인 여성은 건강한 보균자로 지낼 수 있다. 그러나 X염색체를 하나만 (그리고 Y염색체 하나를) 갖고 있는 남성은 X염색체 상의 결함 때문에 태어날 때부터 질병 증상을 보이게 된다. 따라서 이런 질병에 대해서는 배아를 검사해서 여성 배아만을 옮겨놓는다. 이론상 X염색체와 관련된 질병이라면 무엇이든 이런 방식으로 검사할 수 있다. 현재 흔히 검사되는 X염색체 관련 질병들로는 뒤센 근이영양증, 혈우병 A, 중증 합병형 면역 결핍, 취약X증후군이 있다.

그러나 심장병, 당뇨병, 알츠하이머와 같이 흔하게 걸리는 질병의 원인은 아직까지 잘 알려져 있지 않다. 이 질병들은 수많은 유전자와 환경 요소의 복합적인 관계에 의해 유발되는데, 아직까지는 그 관계가 제대로 밝혀지지 않았기 때문이다. 흔하게 걸리는 질병들처럼, 키나 몸무게와 같은 형질들도 매우 복합적으로 결정되는 것이기 때문에, 미래에는 가능해질 지도 모르겠지만 현재로서는 검사가 불가능하다. 그 특성들이 유전자의 영향을 받는지, 받는다면 어떤 식으로 영향을 받는지도 아직까지는 밝혀지지 않았다. 따라서 이 책에서 논의될 유전적 향상(genetic enhancement)과 관련된 문제는 현재 일어나고 있는 문제라기보다는 미래의 발전 가능

성에 관한 우려라고 할 수 있다.

착상전 유전자 검사를 통해 유전 결함이 없는 것으로 확인된 배아는 자궁으로 옮겨져 임신이 되기를 기다린다. 이때 최대 3개까지 사용된다. 유전적 결함이 발견된 배아들은 허가받은 연구에 사용되거나, 몇 시간 동안 방치하여 죽게 내버려둔다.

### 산전 검사

이 책에서 논의되는 또 다른 기술로는 산전 검사를 들 수 있는데, 사실 이 검사는 여러 개의 검사들로 구성되어 있으며 이미 임신한 여성에게 행해지는 것이다. 다양한 검사가 이루어지는데, 그 중에는 태아가 특별한 질병에 걸렸는가가 아니라 그 질병을 가질 가능성이 있는가를 추정해보는 검사도 포함되어 있다. 어떤 검사에서는 특정 태아가 특정 질병에 실제로 걸려 있는지 여부를 진단하기도 한다. 일부는 수년 간 이루어져왔고 일부는 최신 기술이며, 또 일부 검사는 오늘날 정교절차와도 같은 것이 되어버렸기 때문에 임신부가 하지 말아달라고 요청하지 않는 한 보통은 검사를 받게 된다. 그 반면, 일부 검사는 ‘고위험군’에게만 사용된다. 산전 검사를 통해 태아의 장애를 알게 되었을 때 임신중절을 할 것인가, 말 것인가를 결정하는 문제는 이 책에서 의견이 분분한 문제 중의 하나이기도 하다.

### 초음파 검사

임신 중인 여성은 진단을 목적으로, 때로는 다른 이유에서 초음파 검사를 받을 것이다. 임신 초기(대략 임신 12주 무렵)에는 임신이 건강하게 진행되고 있는지를 확인하고 태아의 나이를 정확하게 결정하며 쌍둥이 여부를 확인할 목적에서 일상적으로 초음파 검사를 한다. 그러나 아주 심각한 정도가 아니라면 이 단계에서 결함이나 이상 여부를 초음파로 확인하기는

힘들다. 18~20주 사이에 추가적으로 초음파 검사가 이루어지는데, 이는 태아의 신체에 발생학적 문제가 있는지를 체크하기 위한 것이다. 이 검사를 통해 척수나 두뇌, 심장 등에서의 문제를 확인할 수 있다.

### 목둘레 투명체 검사

이 검사는 임신 10~14주에 이루어진다. 하지만 국가의료제도(NHS, National Health Service)의 적용 대상이 아니므로 필요하다면 개인적으로 해야만 한다. 이 검사는 고화질의 세밀한 초음파를 이용해 다운증후군을 의미하는 표시를 조사하는데, 태아 목 주변의 유동체 층이 두꺼워지는 것도 이런 표시에 속한다. 연구 결과에 따르면, 이 검사는 다운증후군의 위험을 예측하는 데 있어 꽤 정확한 편이라고 한다.

### 산모 혈액 검사

산모의 혈액으로 하는 이 검사는 임신 15~18주의 산모에게 흔히 행해진다. 이 검사에서는 산모의 혈액 샘플 속에 포함된, 태아가 만들어낸 물질의 양을 측정한다. 이러한 물질의 양과 여성의 나이, 체중, 임신 기간을 종합적으로 고려하여 태아가 특정한 질환을 앓고 있을 가능성을, 예를 들면 300대 1, 즉 300명의 아기가 태어나면 그 중 한 명이 특정 질환을 앓고 있다는 식으로 그 가능성을 계산한다. AFP(Alpha fetoprotein, 알파 태아성 단백질)라는 화학물질의 농도가 높게 나타나면 태아에 척추이분증과 같은 척수 결함이 있을 가능성이 있다. ‘트리플 테스트’로는 다운증후군을 조사한다. 이는 AFP가 저농도인지, hCG라 부르는 호르몬과 에스트리올 호르몬의 농도가 정상보다 높은지를 측정하는 검사이다. 하지만 이 검사는 그리 정확하지 않기 때문에, 혈액검사를 통해 위험이 높은 것으로 나타났다고 해서 태아에 장애가 있는 것으로 진단되는 것은 아니다. 위험도가 높은



것으로 나타나면 양수검사 같은 검사를 추가로 받기도 한다.

### 양수검사

이 검사는 보통 35세 이상의 산모나 혈액검사를 통해 위험도가 높은 것으로 나타난 산모들에게 이루어진다. 다운증후군 진단에 사용되며(거의 100% 정확하다), 태이-삭스(흑내장가죽성백치)와 같은 질병의 진단에도 이용된다. 검사 과정은 초음파의 도움을 받아 복벽으로 주사바늘을 찔러넣어 태아를 둘러싼 주머니에서 액체를 뽑아낸다. 그런 뒤, 이 액체에 포함되어 있는 태아의 세포를 검사한다. 이 검사는 임신 15~16주가 되기 전에는 시행하지 않으며, 1/100 정도의 유산 위험이 있다.

### 용모막 검사

용모막 검사도 태아의 세포를 검사하는 것인데, 임신 9~11주 사이에 이루어지며 양수검사보다는 유산을 유발할 위험성이 조금 더 높다. 이 검사에서는 아주 작은 태반 조직을 분석한다. 태아와 태반이 처음에 동일한 세포에서 분화되었으므로 태반에는 태아의 세포가 포함되어 있기 때문이다. 자궁경부를 통해 들어간 작은 관이나 복벽을 통해 넣은 주사바늘을 통해 태아의 세포를 모은다. 때로는 불확실한 진단이 내려지기도 하므로 확실한 결과를 얻기 위해 양수검사를 더 하기도 한다.

### 제대혈 검사

이는 초음파를 따라 주사바늘을 탯줄로 찔러넣어 태아의 혈액 세포를 뽑아내는 검사이다. 용모막 검사와 비슷하지만, 태아의 혈액 세포를 모으기 때문에 결과를 더 빨리 얻을 수 있다. 임신 18주부터 검사할 수 있다.

## 법률

### 착상전 유전자 검사와 관련법

착상전 유전자 검사에 관한 직접적인 규제 법률은 존재하지 않는다. 다만 이는 1990년 제정된 인간수정 및 배아 연구법(Human Fertilisation and Embryology Act, 1990)에 따라 규제되고 있다. 이는 인체의 밖에 존재하는 인간 배아와 관련된 모든 활동들, 즉 시험관 시술이나 연구를 통해 배아를 만들고 사용하고 냉동 보관하는 모든 활동을 규제하는 법이다. 이 법에 따르면, 생후 14일이 지난 인간배아에 대한 연구는 금지되어 있다.

(착상전 유전자 검사를 포함하여) 시험관 시술과 관련해서, 시험관 시술을 시행하고자 하는 병원은 인간수정 및 배아 연구법 시행을 감독하는 HFEA로부터 면허를 받아야 한다. 또한 시험관 시술을 하는 센터들은 매년 HFEA의 조사를 받아야만 한다. 착상전 유전자 검사에 대해 인간수정 및 배아 연구법에서 가지고 있는 단 하나의 제약은 이 기술의 사용에 대해서는 이를 사용하고자 하는 센터가 직접 그 판단을 내려야 한다는 것이다. 이 법의 13조 5항에 따르면 “해당 여성에게 시술 결과로 태어나게 될 아기나 그 출생으로 인해 영향을 받을 수 있는 아이의 행복에 관해 설명을 하지 않았다면 그 여성에게 그 시술을 해서는 안 된다.” 그러나 ‘아이에게 가장 이로운 것’이 무엇인가에 관한 해석은 병원의 판단에 맡겨진다. 관련 임상의의 견해에 따라 특정 커플이나 개인의 착상전 유전자 검사 신청이 받아들여질 것인가의 여부가 결정되는 것이다. 일부 사람들은 이 조항이 임상의로 하여금 ‘바람직하지 못한’ 잠재적 부모들을 ‘배제시키도록 한다’고 해석하기도 했다.

시험관 시술 면허 외에도 착상전 유전자 검사를 시행하는 센터들은 HFEA가 발행하는 또 다른 면허도 갖고 있어야 한다. 이는 착상전 유전자

검사의 일부인 유전자 검사에 대한 센터의 능력을 인정해주는 면허이다. 이 면허는 병원 의료진이 HFEA가 만족할 만큼 이를 능숙하게 시술할 수 있는 경우에 한해서만 발급된다.

센터들이 어떤 유전적 장애와 질병(혹은 잠재적인 특성)을 가려내야 할 것인가 하는 문제는 HFEA의 허가 위원회(licensing committee)에서 결정한다. 이 결정은 사례별로 이루어진다. 현재까지 검사 가능한 유전적 장애가 불허된 적은 한 번도 없었다. 그러나 1993년 위원회가 비의학적인 이유에서 이루어지는 성 감별에 대해 심의 끝에 금지 결정을 내린 적은 있다. 2000년 모닥불 사고로 세 살짜리 딸을 잃은 알란 매스터슨(Alan Masterson)과 루이스 매스터슨(Louise Masterson) 부부가 비의학적 성 감별 금지를 재고해달라고 요청했을 때에도 이 결정은 누차 확인되었다. 네 아들의 부모였던 이 커플은 착상전 유전자 검사로 성 감별을 하고자 했으나 그 요청은 거부되었다. 계속해서 성 감별을 금지하는 것에 대해 HFEA의 관장인 루스 디치(Ruth Deech)는 이렇게 말했다. “대중도, 우리도 맞춤형 아기라는 발상을 좋아하지 않으니깐요.”

#### 산전 검사와 관련법

어떤 법으로도 임신부의 산전 검사는 규제하지 않는다. 하지만 이와 관련한 것으로 1967년의 임신중절법(Abortion Act 1967)을 들 수 있을 텐데, 이에 따르면 태아에게 유전적이거나 다른 질병이 있다는 진단을 받았을 때 산모는 임신중절을 고려하거나 요청할 수 있다.

이 법에 따르면, 임신을 유지하는 것이 산모나 이미 태어난 자식들의 물리적, 정신적 건강에 위협이 된다는 점에 의사 두 명이 동의를 하면 임신 24주 이내에는 중절이 합법적이다. 하지만 태아가 중증 기형이 될 심각한 위협에 처해 있는 것으로 진단되었을 경우에는 이 기한이 적용되지 않는다.

태아의 질병을 진단하는 검사 중에는 임신 후반에 이루어지는 것도 있기 때문에, (산모의 목숨이 위태로운 경우를 제외한) 모든 경우에 적용되는 시한이 이 경우에 대해서는 면제되어야 한다는 것이다. 이 근거에 따라 1999년 1년 동안 임신 24주를 넘긴 중절은 89건이 이루어졌다. 기형으로 인한 임신중절이 임신 기간 전체를 통틀어서는 총 1,813건에 걸쳐 이루어졌는데, 그중 다운증후군이 329건이었고 신경계 유전 장애가 434건을 차지했다.

산전 검사는 법적 규제의 대상이 아니지만, 관련된 전문가 집단이 정한 가이드라인은 알려져 있다. 예를 들어 산과 및 부인과 의사를 위한 로열 칼리지(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)는 산전 검사와 진단에 필요한 훌륭한 시술 절차를 마련하여 그 회원들을 교육하고 있다. 이에 따르면 훌륭한 시술이 되기 위해서는 이 과정에 관련된 모든 사람들이 다음의 사항들을 확실히 해야 한다. 여성과 그의 파트너가 “각각의 검사에 관련된 득과 위험을 알고” 있고, “해당 여성이 그에 대한 지식을 갖고 동의를 할 때에만” 검사가 이루어져야 하며, 여성과 그의 파트너는 “자신들이 고른 선택이 무엇이든 간에 그것을 하는 데 주저함이 없어야 한다.” 적절한 정보가 제공되었는지, 산전 검사 및 진단의 시술 시에 선택의 자유가 존재했는지의 문제는 이 책의 기고자들이 중요하게 다루고 있는 부분이기도 하다.

이 장의 논자들은 이러한 기술적, 법적 배경에 기초하여 자신들의 주장을 펼쳐나간다. 베로니카 잉글리쉬와 앤 솜머빌의 글에서 다루는 주요한 이슈는 논쟁에서의 균형의 필요성이다. 한편으로, 그들은 출생 전에 자식의 건강과 형질에 영향을 미치고자 하는 부모들의 시도에 대해 그 새로움을 지나치게 과장하지 않는 것과, 그렇게 하려는 부모들의 동기를 왜곡하거나 비방하지 않는 것이 중요하다고 주장한다. 다른 한편으로는, 충분한

근거 위에서 생식기술에 대해 우려를 표하는 사람들도 존재한다고 주장한다. 특히 그 안에는 부모와 ‘맞춤’ 아기 사이의 관계의 특징에 주목하는 사람들과, 생식기술을 장애인에 대한 차별의 한 형태로서 해석하는 사람들이 포함되어 있다.

이와 같은 주제, 즉 착상전 유전자 검사, 그리고 특히 산전 검사가 장애인을 차별하는 기술이고 그렇기 때문에 제약을 가해야 한다는 문제를 다루고 있는 것은 아그네스 플레처(Agnes Fletcher)와 줄리엣 티저드(Juliet Tizzard)이다. 아그네스 플레처는 이 기술들이 장애인의 삶을 해치고 있으며 그런 이유에서 예비부모들이 이 기술을 사용하는 것은 제한되어야 한다고 말한다. 하지만, 줄리엣 티저드는 그런 걱정을 잘못된 것으로 간주하면서, 사회적으로는 장애인의 권리를 존중하는 동시에 예비부모로 하여금 유전 결함이 있는 아이를 가질지 말지를 선택하도록 허용하는 것이 가능하다고 주장한다. 티저드는, 자신의 관점에서 볼 때 최근 대부분의 논쟁에서 부차적인 문제로 여겨지고 있는 문제점들, 즉 착상전 유전자 검사에 접근하기 어렵다는 점과 비용이 비싸다는 점, 그렇기 때문에 그것을 필요로 하는 잠재적인 부모들의 시술을 막고 있다는 점에 관심을 집중시키고 있다.

줄리엣 티저드처럼 존 해리스(John Harris) 역시 생식기술이 내포하고 있는 위험은 그리 크지 않다고 믿는다. 그는 이러한 개입술의 사용을 거부할 만한 강력한 윤리적인 근거가 존재하지 않는 한 자유를 중요시하는 사회에서는 사람들로 하여금 스스로 선택할 수 있게 해야 한다고 주장한다. 그저 싫다거나 혐오스럽다는 이유로 다른 사람의 선택을 제약하는 일은 정당화되기 어렵기 때문이다. 해리스가 보기에는, 비의료적 성 감별이나 지능, 재능을 유전적으로 향상시키는 경우에 대해서조차도 그것을 막을 만한 강력한 근거는 존재하지 않는다. 마지막 글에서 조세핀 키타빌레

(Josephine Quintavalle)는 출산의 자유에 관한 해리스의 주장에 반대를 표명하고 있다. 이 글에서 그는 부모와 사회 전체가 임신의 자연스러운 결과를 인정하게 만드는 긍정적인 가치를 보호해야 한다고 주장하고 있다.